

# Traitement de l'ongle incarné

L'ongle incarné est une plaie traumatique provoquée par un éperon unguéal qui perfore le paronychium, ou bourrelet cutané, au niveau de l'un ou des deux sillons péri-unguéaux, surtout de l'hallux.<sup>1</sup> Les défauts de courbure unguéale et les erreurs de coupe favorisent ou déclenchent la plupart des incarnations. La pression continue exercée par le déroulement du pas et la chaussure aggrave la plaie. La douleur apparaît dès la perforation de la peau, parfois compliquée d'inflammation ou d'infection. La présence de l'ongle dans la plaie interdit toute cicatrisation spontanée, complète et durable. Le traitement consiste en l'ablation de l'éperon.

## Traitement de première intention

Le traitement de l'ongle incarné est un acte de petite chirurgie qui doit être précédé d'un interrogatoire (allergie, prise d'anticoagulant, diabète, artériopathie, sida, statut vaccinal antitétanique...), en commençant par un nettoyage complet et une désinfection méticuleuse du champ opératoire.

L'anesthésie locale n'est pas nécessaire lorsque la zone de conflit unguéal est très inflammatoire ou infectée, car la tablette unguéale n'adhère plus à son lit (fig. 1). En revanche, dans le cas contraire, l'anesthésie s'avère nécessaire. Pour

cette raison, il est préférable d'adresser le patient le plus tôt possible, sans traitement préalable, pour traitement chirurgical. L'anesthésie de la région unguéale est délicate, souvent pénible pour le patient, et oblige à posséder un minimum de matériel de réanimation. Elle comporte quatre injections à la racine de l'hallux,<sup>2</sup> deux en dorsal et deux en plantaire, en commençant par la zone dorso-latérale moins douloureuse, en dehors des zones inflammatoires, ou infectées, et d'un vaisseau sanguin. On utilise de la lidocaïne à 1 % sans adrénaline. Il faut ensuite attendre une dizaine de minutes avant de commencer l'intervention. L'extrémité distale de l'hallux doit devenir insensible.

L'intervention consiste à retirer l'éperon unguéal encastré dans le paronychium et dans certains cas, à cureter le botryomycome associé. On sectionne en biais le bord traumatisant de l'ongle, médial ou latéral, en dehors de la zone de conflit, sans aller au-delà de la zone unguéale visible (fig. 2). La découpe se fait à la pince droite ou au ciseau d'iridologie. Le coin vulnérant est décollé et retiré avec une pince de Halstead en prenant soin de l'extraire par l'arrière pour ne pas élargir la plaie. La durée de l'intervention ne dépasse pas quelques minutes.

Si l'anesthésie est efficace et la zone opératoire peu ou pas sanguinolente, il est possible d'arrondir l'ongle découpé à la curette pour ne pas laisser un angle trop agressif qui favorise la récurrence précoce ; sinon, ce geste est effectué dans un deuxième temps. En attendant, certains procèdent à un méchage en glissant un fragment de compresse grasse sous la tablette unguéale dans la zone de conflit ;<sup>3</sup> la mèche est conservée quelques jours, jusqu'à sa chute spontanée. En cas de bourgeon charnu, on procède à son curetage par méthode chirurgicale (curette), physique (azote liquide) ou chimique (nitrate d'argent, corticoïde), en privilégiant cette dernière technique chez les patients sous anticoagulant ou ayant un terrain fragilisé (diabète, artérite). La mise systématique sous

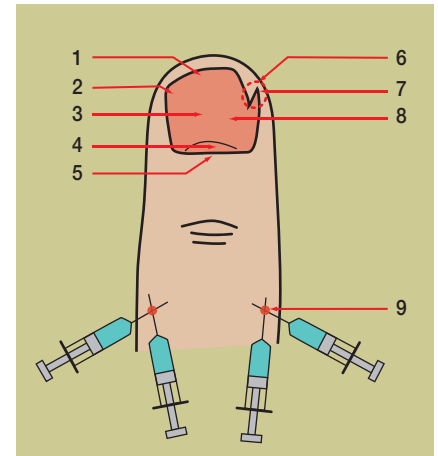


**FIGURE 2** Schéma de la découpe d'un éperon unguéal incarné. D'après la réf. 2. 1 : bord libre ; 2 : sertissure ; 3 : tablette (limbe) ; 4 : lunule ; 5 : éponychium ; 6 : bourgeon charnu (botryomycome) ; 7 : éperon dans le paronychium ; 8 : ligne de découpe ; 9 : anesthésie en bague.

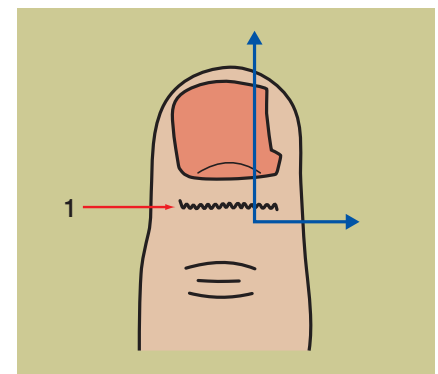


**FIGURE 3** Cure radicale chirurgicale d'ongle incarné. 1 : matrice unguéale.

antibiothérapie préventive ne se justifie pas.

En fin d'intervention, un simple pansement est appliqué pour protéger la plaie ; il sera remplacé par le patient lui-même jusqu'à ce que le suintement se termine.

Dès la fin de l'intervention, le patient peut marcher en ayant soin de ne porter que des chaussures volumineuses à l'avant, pendant au moins 3 jours ; pendant cette période, un arrêt de travail se justifie en fonction de l'activité professionnelle. Une prescription d'antalgique simple de type paracétamol suffit. On conseille un bain de pied quotidien, avec un savon antiseptique ou un désinfectant liquide, jusqu'à la cicatrisation complète.



**FIGURE 1** Cure d'ongle incarné en cours d'intervention. 1 : ligne de découpe ; 2 : éperon unguéal libéré du pli péri-unguéal ; 3 : goutte de pus.

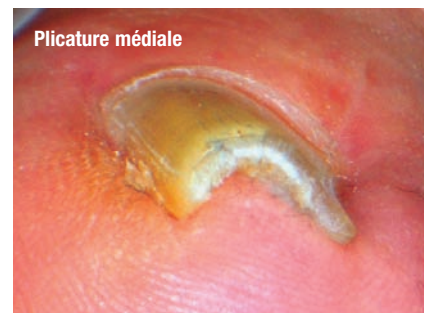
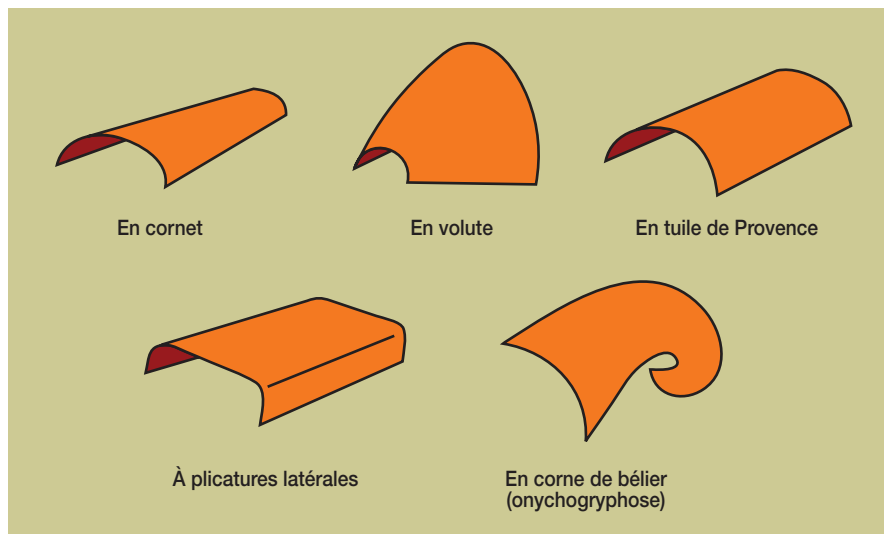


FIGURE 4 Tablettes unguéales dysmorphiques.

Dans les cas favorables, la douleur disparaît dans les heures suivantes et le paronychium cicatrise en 8 à 10 jours. Il est impératif de revoir le patient après une dizaine de jours quelle que soit l'évolution. Ce contrôle permet de vérifier la qualité de la cicatrisation et de supprimer un éperon unguéal persistant.

La coopération avec un pédicure-podologue se justifie dans trois indications essentielles : l'apprentissage de soins unguéaux adaptés, la pose d'un ongle artificiel en cas d'incarnation distale antérieure pour guider la repousse, et le traitement par orthonyxie pour redresser un défaut de courbure de la tablette unguéale.<sup>3,4</sup>

### Traitement radical de seconde intention

La cure radicale (fig. 3) est confiée à un spécialiste du pied ou de l'ongle et concerne les incarnations récidivantes, en cas d'hypertrophie du bourrelet cutané périunguéal ou de défaut de plicature unguéale (ongle en volute ou en tuile de

Provence, plicature latérale, etc.) [fig. 4]. Ces défauts favorisent les erreurs de coupe qui conduisent à l'incarnation. On supprime la matrice unguéale située sur la phalange distale de l'hallux. On ne retire que la partie médiale ou latérale, correspondant à la zone de défaut de courbure ou de conflit. Elle ne peut se réaliser que 1 à 4 mois après le premier temps, en période froide et non infectée.<sup>1,5</sup> Cette intervention nécessite une anesthésie et une hospitalisation de 24 à 48 heures. On reprend le chaussage habituel après une dizaine de jours, délai habituel de cicatrisation. Si la matrice a bien été retirée, il n'y a aucun risque de récurrence. L'ongle devient plus étroit, limité à sa partie visible.

### Traitement préventif

La suppression des facteurs favorisants évite la récurrence : orthèse plantaire pour modifier la courbure de l'ongle d'un orteil qui a un mauvais appui pulpaire, apprentissage de la découpe

d'un ongle (jamais en biais pour les bords mais coupe droite en arrondissant les angles à la lime), port de chaussures ne comprimant pas les orteils).•

### RÉFÉRENCES

1. Gentil A, Peyo M. L'ongle incarné. In : Pathologie des orteils, de J. Claustre et L. Simon. Paris, Masson, éd. 1985;208-11.
2. Goldcher A. Ongles incarnés. In : Abrégé de podologie (5<sup>e</sup> éd.). Paris, Masson éd. 2007;227-9.
3. Batière V, Nabères A. Ongles incarnés. EMC Podologie, 2001;27-070-A-50.
4. Goettmann S. Pathologie unguéale. EMC Podologie, 2001;27-070-A-46.
5. Curvale G, Piclet-Legre B, Gbroulier P, Mattei JP, Jouve JL. Pathologie non traumatique des orteils, EMC Podologie, 2002, 27-080-A-34.

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.